

โรคทางจิตเวชของเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนของไทย

Prevalence of psychiatric disorders among Thai juvenile offenders

ศุภรัตน์ เอกอัครวิน, พ.บ.¹, จอมสุรางค์ โพธิสัตย์, พ.บ.², รสสุคนธ์ ช่มชื่น, ศศ.ม.²

ประยูรต์ เสรีเสถียร, พ.บ.³, วชิรย์ อุจะรัตน์, วทม.³

Suparat Ekasawin, M.D.¹, Chomsurang Phothisut, M.D.², Rossukon Chomchuen, M.A.²

Prayuk Serisathien, M.D.³, Wacharee Ucharatna, M.A.³

กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต¹, โรงพยาบาลศรีธัญญา², โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ³

Advisory Group, Department of Mental health¹, Sriuthanya Hospital², Tulakarn Chalermprakiat Hospital³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกโรคทางจิตเวชของเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนของไทย ปี ๒๕๕๘

วัสดุวิธีการ เยาวชนอายุระหว่าง 12-18 ปีที่กระทำผิดถูกนำตัวมาควบคุมที่สถานแรกรับ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจาก 14 สถานแรกรับ สุ่มอย่างมีระบบเพื่อรับการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือ T-DICA-R เฉพาะฉบับวัยรุ่น ครอบคลุมโรคทางจิตเวช 4 กลุ่มโรคได้แก่ กลุ่มโรค disruptive behavior disorder, substance use disorder, mood disorder และ anxiety disorder วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและประมาณค่าความชุกด้วยการถ่วงน้ำหนัก

ผล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 คน เป็นชายร้อยละ 94.5 อายุเฉลี่ย 16.2 ปี ศึกษาชั้นสูงสุดประถม ศึกษา ร้อยละ 50.9 ก่อคดีครั้งแรกร้อยละ 77.2 ในฐานความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดร้อยละ 61.0 ระดับเซวาร์ ปัญญาปกติ ร้อยละ 91.7 พบความชุกด้วยโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 91.4 กลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุดสองลำดับแรกได้แก่ กลุ่มโรค substance use disorder และ disruptive behavior disorder โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ amphetamine abuse และ conduct disorder ตามลำดับ ส่วนความชุกของภาวะโรคร่วมร้อยละ 79.2

สรุป ความชุกโรคทางจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดพบในเยาวชนในสถานแรกรับมีอัตราสูงมากถึงร้อยละ 91.4 กลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ กลุ่มโรค substance use disorder และ disruptive behavior disorder ข้อมูลระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในเยาวชนที่ถูกควบคุมในสถานแรกรับจะสร้างความตระหนักถึงขนาดและชนิดของผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่กำลังจะถูกถ่ายโอนจากกระทรวงยุติธรรมเพื่อเข้ารับการรักษานในเขตบริการสาธารณสุขต่างๆ ควรวางระบบบริการให้เชื่อมต่อระหว่างเขตสุขภาพกับกระทรวงยุติธรรมลงไปถึงในระดับชุมชน

คำสำคัญ: ความชุก เด็กและเยาวชน โรคทางจิตเวช สถานแรกรับ

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: drsuparat@gmail.com

Abstract

Objectives To determine the prevalence of psychiatric disorders in young offenders at temporary detention centers under the Department of Juvenile Observation and Protection in Thailand, 2015.

Materials and methods Youth offenders aged 12-18 year at 14 temporary detention centers under the Department of Juvenile Observation and Protection were systematic sampling recruited. Thai-Diagnostic Interview for psychiatric disorders in Children and Adolescents-Revised was administered as interview instrument, covered 4 groups of disorders: disruptive behavior disorder, substance use disorder, mood disorder and anxiety disorder. Descriptive statistics and estimation of weighted prevalence were analyzed.

Results There were 600 youths voluntary participated. Male was 94.5 percent. Mean aged was 16.2 years. Most finished elementary school and had average and above IQ. First time offense was 77.2 percent. Offenders related to substance used 61.0 percent. The prevalence of any psychiatric disorder was 91.4 percent. The two most common groups were substance use disorders and disruptive behavior disorder which amphetamine abuse and conduct disorder were the most frequent in each group respectively. Prevalence of any co-morbidity was 79.2 percent.

Conclusion The psychiatric disorders prevalence of youth offenders at temporary detention centers was high as 91.4 percent. The two most common groups of psychiatric disorders were substance use disorder and disruptive behavior disorder. Epidemiology of psychiatric disorders in youth custody at temporary detention center will raise awareness of the size and type of psychiatric patients whom are to be transferred from the Ministry of Justice into various area health services. Integrated care systems between health service area and the Ministry of Justice thru the communities should be need.

Key words: juvenile, offenders, prevalence, psychiatric disorder
corresponding author e-mail: drsuparat@gmail.com

บทนำ

เยาวชนกระทำความผิดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม กรณีพฤติกรรมแห่งคดีไม่รุนแรง ครอบครัวเฝ้าระวังพฤติกรรมเยาวชนได้และมีหลักทรัพย์เยาวชนจะได้รับการประกันตัวออกไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากตำรวจนำส่งศาล เยาวชนกลุ่มที่เหลือจะฝากควบคุมตัวไว้ในสถานแรกรับไปจนกว่าศาลจะตัดสินคดี วิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัวกำหนดให้เยาวชนกระทำความผิดได้รับการพิจารณาคดีต่างจากผู้ใหญ่ โดยศาลอาจจะไม่ลงโทษหรืออาจจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดหรืออาจใช้มาตรการอื่นแทนการลงโทษก็ได้ เพื่อมุ่งคุ้มครองอบรม แก้ไข¹ จำนวนเยาวชนที่ควบคุมตัวเฉลี่ยต่อวันในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เท่ากับ 2,844 คน มีจำนวนคดีต่อปี 36,467 คดี โดยเป็นชายร้อยละ 93.4 อายุ 15-18 ปีร้อยละ 87.8 หลังพิพากษาศาลสั่งให้ควบคุมตัวต่อไปในสถานพินิจร้อยละ 73.7 ส่วนมากมีฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดร้อยละ 46.7 (ยาบ้าพบมากที่สุด) รองลงมาเป็นคนดีเกี่ยวกับทรัพย์สินร้อยละ 19.1 โดยหน่วยงานที่ควบคุมตัวและพัฒนาเด็กและเยาวชนก่อนพิพากษาคือสถานแรกรับเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่กระจายอยู่ทั่วประเทศจำนวน 34 แห่ง^{2,3}

ระบบปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม กล่าวถึงปัจจัยภายในตัวเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับการก่อคดี มักคำนึงถึงความเครียดกังวล คือ วู่วาม แต่ไม่ระบุชัดถึงโรคทางจิตเวช⁴ ทั้งที่ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคประมาณร้อยละ 66.3-90 ขึ้นกับระเบียบวิธีวิจัย^{5,6} ถ้าไม่นับรวมโรค conduct disorder หรือ substance use disorder พบความชุกเฉลี่ยของโรคจิตเวชอย่าง

น้อย 1 โรคเท่ากับร้อยละ 66.3 หรือ 61.8 ตามลำดับโรคจิตเวชที่มากที่สุดได้แก่ conduct disorder ร้อยละ 46.4 รองลงไปได้แก่ substance use disorder ร้อยละ 45.1 oppositional defiant disorder ร้อยละ 19.8 attention-deficit hyperactivity disorder ร้อยละ 13.5 กลุ่มโรค internalizing disorders เช่น anxiety disorder ร้อยละ 15.9 major depression ร้อยละ 12.1 ความชุกของโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคในเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมนั้นสูงกว่าในเยาวชนกลุ่มทั่วไป⁸ สำหรับโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี พบความชุกโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 26.0⁹ ส่วนการมีภาวะโรคร่วมพบร้อยละ 17-43 และคู่ที่พบร่วมบ่อยที่สุดคือ disruptive behavior disorder และ substance use disorder^{10,11}

ปัจจุบันยังไม่มีรายงานโรคจิตเวชของเยาวชนในสถานแรกรับ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในระดับประเทศ พบเพียงการศึกษาเฉพาะแห่งหรือเฉพาะโรค เช่น การสำรวจในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาเฉพาะโรคสมาธิสั้นพบความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 12.5¹² และการตรวจของจิตแพทย์เด็กในบ้านเมตตาพบโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 96¹³ การค้นหาโรคจิตเวชของเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนก็เพื่อให้การช่วยเหลือ แก้ไขตั้งแต่แรกเข้าสู่การควบคุมตัว ข้อมูลความชุกโรคทางจิตเวชของเยาวชนกลุ่มนี้จึงจำเป็นต่อการวางระบบบริการทางจิตเวชโดยเฉพาะเมื่อมีการถ่ายโอนภาระงานรักษาพยาบาลเยาวชนกลุ่มนี้จากกระทรวงยุติธรรมมายังกระทรวงสาธารณสุข

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 12-18 ปี ที่ถูกนำตัวมาควบคุมที่สถานแรกรับ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไม่เกิน 3 เดือน เพื่อลดผลของความเครียดที่ถูกควบคุมตัวนานต่อการมีอาการทางจิตเวช โดยคดีอยู่ในระยะก่อนการตัดสินของศาล และศึกษาความชุกของโรคจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV¹⁴ เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการได้แก่ 1.เยาวชนเป็นใบ้หรือหูหนวก 2. มีอาการทางจิต 3. มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์

ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วย n4Studies¹⁵ โดยใช้ข้อมูลในการศึกษาแบบอภิวัดเกี่ยวกับความชุกของโรคจิตเวชในเยาวชนกระทำผิดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม (วินิจฉัยด้วยแบบสัมภาษณ์) ร้อยละ 69.987 ในการศึกษาี้ประมาณว่าความชุกของโรคจิตเวชจะเท่ากับ 70% โดยมี 95% confident interval เท่ากับ $70\% \pm 4\%$ จะได้ 505 คนและสำรวจเพิ่มในกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 20 รวมเป็น 600 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธี stratified two-stage cluster sampling กำหนดให้ภาค 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นชั้นภูมิ การสุ่มครั้งแรกเป็นการสุ่มอย่างง่ายจาก 33 จังหวัดที่มีสถานแรกรับ (แต่ละจังหวัดมีสถานแรกรับ 1 แห่ง ยกเว้น กทม.) ได้ 12 จังหวัด โดยภาคกลางจาก 13 จังหวัดสุ่มได้ 4 จังหวัดคือสมุทรปราการ ชลบุรี พระนครศรีอยุธยา และนครสวรรค์ ภาคเหนือจาก 4 จังหวัดสุ่มได้ 3 จังหวัดคือพิษณุโลก ลำปางและเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจาก 7 จังหวัดสุ่มได้ 3 จังหวัดได้แก่ขอนแก่น อุตรดิตถ์และนครพนม และภาคใต้

จาก 8 จังหวัดสุ่มได้ 2 จังหวัดได้แก่สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช ส่วนกทม.เลือกทั้งหมดได้บ้านเมตตาและบ้านปราณี ในแต่ละสถานแรกรับเลือกเยาวชนแบบมีระบบ (systematic sampling) ตามรายชื่อรับเข้าของสถานแรกรับ ในกรณีไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองใช้หมายเลขเยาวชนที่สุ่มได้ในลำดับถัดไป ระยะเวลาในการวิจัยระหว่าง เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ - กันยายน ๒๕๕๘

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ Thai Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R) เฉพาะฉบับวัยรุ่น เลือกข้อคำถามเฉพาะความชุกปัจจุบันและครอบคลุมโรคทางจิตเวช 4 กลุ่มโรค หรือ 13 รายโรคดังนี้ กลุ่มโรค disruptive behavior disorder ได้แก่ attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder และ conduct disorder, กลุ่มโรค substance use disorders ได้แก่ alcohol, tobacco, marijuana และamphetamine กลุ่มโรค mood disorders ได้แก่ major depressive disorder, mania และ dysthymic disorder กลุ่มโรค anxiety disorder ได้แก่ generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, post traumatic stress disorder ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพและใช้สำรวจโรคจิตเวชในนักเรียนไทยแล้ว^{16,17} นอกจากเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ได้เพิ่มเกณฑ์ความบกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์ โดยแบ่ง 4 ระดับ เรียงลำดับจากปกติไปถึงรุนแรง (0-4) ถือว่ามีความบกพร่องในเกณฑ์ของหน้าที่ สังคม อารมณ์ เมื่อได้ค่าคะแนน 3 หรือ 4 ระดับสติปัญญาประเมินจาก Standard Progressive Matrices (SPM)¹⁸ โดยนักจิตวิทยาคลินิกของสถานแรกรับ

ผู้สัมภาษณ์เยาวชนเป็นนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจำนวน 40 คน (จังหวัดละ 2-4 คน) ที่ได้ผ่านการอบรมการใช้แบบสัมภาษณ์ T-DICA-R ระยะเวลา 18 ชั่วโมงให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาความลับ ธรรมชาติของเยาวชนต้องคดี และภาวะวิกฤติเช่นความคิดที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น อาการหลงผิด อาการทางจิต ซึ่งจำเป็นต้องรีบให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อตามระบบของกรมพินิจและคุ้มครอง

เด็กและเยาวชน ทั้งนี้ก่อนการสัมภาษณ์ได้ทำการขอความยินยอมจากทั้งเยาวชนและผู้ปกครอง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประเมินค่าความชุก ค่าสัดส่วนด้วยการถ่วงน้ำหนักให้สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนเยาวชนของสถานแรกรับ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของกรมสุขภาพจิต รหัสโครงการ 96/๒๕๕๗ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ และได้รับอนุญาตจากกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ตารางที่ 1 เยาวชนตัวอย่างในสถานแรกรับเด็กและเยาวชน จำแนกรายภาค ก่อนและหลังถ่วงน้ำหนัก (n=600)

ภาค	สถานแรกรับ	ก่อน	หลัง
		จำนวน (ร้อยละ)	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร.	1. บ้านเมตตา	52 (8.7)	7.2
	2. บ้านปราณี	18 (3.0)	0.6
กลาง	3. สมุทรปราการ	45 (7.5)	14.6
	4. นครสวรรค์	60 (10.0)	9.7
	5. ชลบุรี	40 (6.7)	11.1
	6. อุดรธานี	45 (7.5)	4.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7. ขอนแก่น	50 (8.3)	8.3
	8. อุตรดิตถ์	40 (6.7)	6.7
	9. นครพนม	60 (10.0)	6.9
เหนือ	10. เชียงใหม่	20 (3.3)	2.3
	11. ลำปาง	30 (5.0)	2.4
	12. พิษณุโลก	50 (8.3)	3.9
ใต้	13. สุราษฎร์ธานี	40 (6.7)	12.2
	14. นครศรีธรรมราช	50 (8.3)	10.1

ผล

เยาวชนอาสาสมัคร 600 คน ไม่สามารถติดตามผู้ปกครองเพื่อขอการยินยอมได้ 1 คน สุ่มทดแทนจนครบ 600 คน คิดเป็นการตอบรับร้อยละ 99.8 เยาวชนเกือบทั้งหมดเป็นชายร้อยละ 94.5 อายุเฉลี่ย 16.2 ปี ก่อคดีครั้งแรกร้อยละ 77.2 ฐานความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดร้อยละ 61.0 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสติปัญญา (IQ) ปกติ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.9 กระทำผิดจนถูกจับหลังจากออกจากโรงเรียน 3 ปีขึ้นไปร้อยละ 58.2 อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด

ติระหว่าง 11.1-11.8 ปี ด้านครอบครัวพบว่าพ่อแม่หย่า/แยก/ตายร้อยละ 61.5 แต่ยังมีพ่อหรือแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และครอบครัวมีรายได้เพียงพอ สมาชิกในครอบครัวมีคดีร้อยละ 27.3 ใช้สารเสพติดร้อยละ 21.1 ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่หนักร้อยละ 23.8 และมีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง/ละเมิดทางเพศร้อยละ 13.8 โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์ต่อคน 69 นาที (SD=1.3) ระยะเวลาต่ำสุด-สูงสุด 61-118 นาที (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังถ่วงน้ำหนัก (n=600)

ลักษณะประชากร	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (ร้อยละ)		ร้อยละ (SE)	
ชาย	556 (92.7)		94.5 (2.1)	
อายุเฉลี่ย(ปี) 16.2 (SD=1.1)				
กลุ่มอายุ(ปี)				
12-13 ปี	13 (2.2)		2.5 (0.8)	
14-16 ปี	276 (46.0)		45.7 (2.8)	
17-18 ปี	311 (51.8)		51.9 (3.0)	
ภูมิลำเนา				
ภาคเหนือ	110 (18.3)		8.5 (0.9)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	132 (22.0)		21.9 (7.0)	
ภาคกลาง	158 (26.3)		39.5 (6.1)	
ภาคใต้	80 (13.3)		22.3 (0.8)	
กรุงเทพมหานคร	120 (20.0)		7.8 (0.6)	
คะแนนเชาว์ปัญญา				
90 ขึ้นไป	545 (90.8)		91.7 (1.3)	
70-89	55 (9.2)		8.3 (1.3)	
ค่าเฉลี่ยคะแนนเชาว์ปัญญา 101.3 (SD=8.7)				
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	316 (52.7)		50.9 (7.1)	
มัธยมศึกษา 1-3	273 (45.5)		47.7 (6.9)	
มัธยมศึกษา 4-6/ปวช.	11 (1.8)		1.4 (0.7)	
การไม่เคยเรียนซ้ำชั้น	503 (83.8)		83.8 (2.3)	

ตารางที่ 2 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังถ่วงน้ำหนัก (n=600) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	ร้อยละ (SE)
ยังเรียนอยู่	124 (20.7)	19.8 (3.3)
1-3 ปี	344 (57.3)	58.2 (2.6)
4 ปีขึ้นไป	132 (22.0)	21.9 (2.8)
จำนวนวันเฉลี่ยอยู่ในสถานแรกรับ	32.3 วัน(SD=3.5)	
เป็นครั้งแรกที่ก่อคดี	455 (75.8)	77.2 (2.7)
ฐานความผิดที่พบมากที่สุดคือฐานเกี่ยวกับสารเสพติด	378 (63.0)	61.0 (5.3)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้สารเสพติด:		
สุรา 11.1 ปี (SD=1.5) (อายุเริ่มใช้น้อยที่สุด 9 ปี)		
บุหรี่ 11.8 ปี (SD=1.6) (อายุเริ่มใช้น้อยที่สุด 7 ปี)		
กัญชา 11.4 ปี (SD=1.5) (อายุเริ่มใช้น้อยที่สุด 9 ปี)		
ยาบ้า 11.1 ปี (SD=1.6) (อายุเริ่มใช้น้อยที่สุด 8 ปี)		
การเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง/ละเมิดทางเพศ	87 (14.5)	13.8 (3.1)
เคยปรึกษาปัญหากับผู้ใหญ่	263 (43.8)	43.2 (4.4)
พ่อแม่หย่า/แยก/ตาย	360 (60.0)	61.5 (1.4)
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	428 (71.3)	71.1 (2.4)
พ่อหรือแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก	440 (73.3)	75.7 (2.1)
สมาชิกในครอบครัวมีคดี	159 (26.5)	27.3 (2.9)
สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด	118 (19.7)	21.1 (2.8)
สมาชิกในครอบครัวดื่มสุราหรือสูบบุหรี่หนัก	145 (24.2)	23.8 (2.1)
ละแวกบ้านมีปัญหาอาชญากรรม	363 (60.5)	63.7 (4.6)

ในเยาวชนกระทำผิดที่เข้าสู่ในกระบวนการยุติธรรมพบความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 91.4 และความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวช ร้อยละ 60.4 แต่เมื่อตัดโรค conduct disorder ออก ความชุกของโรคจิตเวชลดลงเหลือร้อยละ 21.3 ส่วนความชุกของกลุ่มโรคที่พบสูงสุดคือกลุ่มโรค substance use disorder ร้อยละ 83.9 รองลงไปได้แก่ disruptive behavior disorder ร้อยละ 33.9 mood disorder ร้อยละ 10.3 และ anxiety disorder ร้อยละ 11.1

ในกลุ่มโรค substance use disorder พบภาวะ abused ของ amphetamine มากที่สุด ร้อยละ 60.0 รองลงไปที่ภาวะ abused ของบุหรี่ย้อยละ 57.7 ส่วนกลุ่มโรค disruptive behavior disorders นั้นพบความชุกของโรค conduct disorder สูงที่สุด ร้อยละ 30.3 รองลงไปที่โรค attention-deficit hyperactivity disorder และ oppositional defiant disorder เท่ากันคือร้อยละ 7.0 ด้านกลุ่มโรค mood disorder พบความชุกใกล้เคียงกันทั้ง 3 โรคแต่สูงสุดคือ dysthymic disorder ร้อยละ 4.4 รองลงไปที่เท่ากันคือ mania และ major depression ร้อยละ 3.8

ตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรค anxiety disorder พบความชุกสูงสุดคือ generalized anxiety disorder ร้อยละ 9.5 และ obsessive compulsive disorder ร้อยละ 2.0 โดยสรุปโรคที่พบบ่อยที่สุด 5 ลำดับแรกได้แก่ amphetamine abuse, tobacco abuse, alcohol abuse, amphetamine dependence และ conduct disorder แต่ถ้าตัดกลุ่มโรค substance use disorders ออก

ลำดับโรคที่พบบ่อยที่สุด 5 ลำดับแรกจะเปลี่ยนเป็น conduct disorder, generalized anxiety disorder, attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, dysthymic disorder ส่วนความชุกของภาวะโรคร่วมพบร้อยละ 79.2 ดังตารางที่ 3 โดยรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมจะได้วิเคราะห์และรายงานต่อไป

ตารางที่ 3 ความชุกของโรคจิตเวชในเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชน หลังถ่วงน้ำหนัก

DSM-IV	ร้อยละ (SE)
any mental disorder or substance use disorder	91.4 (1.8)
any mental disorder or substance use disorder (ไม่รวม conduct disorder)	85.7 (2.7)
any mental disorder	60.4 (3.2)
any mental disorder (ไม่รวม conduct disorder)	21.3 (3.5)
disruptive behavior disorder:	33.9 (4.0)
attention deficit/hyperactive disorder	7.0 (1.5)
oppositional defiant disorder	7.0 (1.5)
conduct disorder	30.3 (3.9)
any mood disorder:	10.3 (2.2)
major depressive disorder	3.8 (0.5)
mania disorder	3.8 (1.3)
dysthymic disorder	4.4 (1.5)
any anxiety disorder:	11.1 (1.7)
generalized anxiety disorder	9.5 (1.5)
obsessive compulsive disorder	2.0 (0.7)
post traumatic stress disorder	0.8 (0.3)
any substance use disorder:	83.9 (2.7)
alcohol abuse	40.6 (3.9)
alcohol dependence	25.6 (4.5)
tobacco abuse	57.7 (3.1)
tobacco dependence	21.4 (1.7)
marijuana abuse	15.8 (2.4)
marijuana dependence	26.5 (3.9)
amphetamine abuse	60.0 (4.5)
amphetamine dependence	33.5 (3.2)
any illegal drugs use disorder (กัญชาหรือยาบ้า)	65.5 (3.9)
any comorbidity	79.2 (3.9)

วิจารณ์

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นชาย อายุเฉลี่ย 16.2 ปี ศึกษาชั้นสูงสุด ประถมศึกษา ส่วนมากก่อคดีครั้งแรกในฐานะความผิดเกี่ยวกับสารเสพติด รองลงไปที่คือลักทรัพย์ ระดับเซวาร์ปัญหาปกติขึ้นไป สอดคล้องกับรายงานของกรมพินิจ³ และการสำรวจในสถานแรกรับบ้านเมตตา¹³ และสถานแรกรับในภาคเหนือ¹⁹ แสดงถึงลักษณะเยาวชนกระทำผิดที่ถูกควบคุมตัวในสถานแรกรับมีความคล้ายคลึงแม้เวลาจะเปลี่ยนไป การศึกษานี้พบว่าส่วนมากเริ่มใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ กัญชาและยาบ้าที่อายุเฉลี่ย 11-12 ปี ซึ่งเทียบเท่ากับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 หรือ 6 โดยอายุที่น้อยที่สุดที่เริ่มใช้ประมาณ 7-9 ปี เทียบเท่ากับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 หรือ 3 อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดมักเกิดตอนเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ยิ่งเริ่มใช้เร็วจะมีโอกาสเป็นผู้เสพติดมากกว่าและต้องการการบำบัดที่ซับซ้อนกว่า²⁰ และในการศึกษานี้ อายุที่เริ่มใช้กัญชาหรือยาบ้าซึ่งผิดกฎหมายในอายุที่ใกล้เคียงกับเริ่มบุหรี่และสุรา สะท้อนถึงการบำบัดความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในเยาวชนกลุ่มนี้อาจต้องการรูปแบบที่ต่างไปจากเยาวชนกลุ่มนอกสถานแรกรับที่มีปัญหาสารเสพติด การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากถูกจับกุมหลังจากไม่ไปโรงเรียนประมาณ 1-3 ปี ทั้งที่ส่วนมากมีระดับเซวาร์ปัญหาอยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไปและกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยเข้าชั้น ดังนั้นงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสารเสพติดและการกระทำผิดกฎหมายในเด็กจำเป็นต้องเริ่มในระดับประถมศึกษาเพื่อป้องกันเด็กจากสารเสพติดและการออกจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควร

เมื่อพิจารณาสภาพครอบครัวก่อนถูกจับพบทั้งปัจจัยบวกและลบ โดยมากกว่าครึ่งมีปัจจัยครอบครัวเป็นบวกได้แก่รายได้ของครอบครัวเพียงพอ มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และเยาวชนร้อยละ 43.2 ที่ให้คำตอบว่าได้เคยปรึกษาปัญหาต่างๆของตนเองกับผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครอง ครู ญาติ นักวิชาชีพ ฯลฯ แต่ปัจจัยทางลบได้แก่สถานะสมรสของพ่อแม่แยก/หย่า/ตาย ร้อยละ 61.5 และมากกว่าร้อยละ 20 ที่มีสมาชิกครอบครัวใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราหนักหรือสูบบุหรี่หนักหรือมีปัญหาความผิดปกติ และร้อยละ 63.7 ในละแวกบ้านมีอาชญากรรมบ่อย อีกทั้งเยาวชนเคยถูกกระทำรุนแรงหรือล่วงละเมิดทางเพศร้อยละ 14.5 จะเห็นว่าปัจจัยครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของเยาวชนก่อนถูกจับมีความเสี่ยงอยู่แล้ว เมื่อป่วยด้วยโรคทางจิตเวชย่อมเพิ่มโอกาสต่อการกระทำผิดกฎหมาย

ในสถานแรกรับมีเยาวชนป่วยด้วยโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 91.4 หมายถึงเยาวชนที่ศาลยังไม่พิพากษานั้นเกือบทั้งหมดป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด เป็นไปได้ว่าตัวเลขความชุกที่สูงอาจเกิดจากการนับรวมโรค conduct disorder ซึ่งเยาวชนที่ถูกจับจะมีลักษณะพฤติกรรมใกล้เคียงกับอาการทางจิตเวชของโรค conduct disorder แต่เมื่อตัดโรค conduct disorder ก็ยังพบความชุกของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 85.7 ความชุกโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดที่ยังคงสูงแม้จะตัดโรค conduct disorder ออกแล้ว เพราะประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของสารเสพติดมาก แต่เมื่อตัด

กลุ่มโรค substance use disorder ออก พิจารณาเฉพาะโรคจิตเวช (mental disorder) จะพบความชุกของโรคจิตเวชลดลงเหลือเพียงร้อยละ 60.4 และถ้าพิจารณาเฉพาะโรคจิตเวช โดยไม่รวมโรค conduct disorder จะพบความชุกของโรคจิตเวชร้อยละ 21.3 โดยสรุปไม่ว่าจะตัดเยาวชนกลุ่มที่ใช้สารเสพติดหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรม conduct ออกไปแล้ว เยาวชนในสถานแรกรับจะมีความชุกโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรคสูงกว่าเยาวชนไทย 4 เท่า⁹ สถานแรกรับ กรมพินิจฯ จึงเป็นที่รวมของเยาวชนป่วยทางจิตเวชหรือมีความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด หรือกล่าวอีกนัยคือพฤติกรรมกระทำผิดกฎหมายของเยาวชน เป็นการแสดงอาการของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดนั่นเอง สถานการณ์นี้จะสะท้อนถึงปัญหาการให้บริการทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของไทย การให้บริการทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยับยั้งเยาวชนที่มีโรคจิตเวชไม่ให้กระทำผิดกฎหมายและลดการกระทำผิดซ้ำ^{21,22}

ความชุกด้วยโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 91.4 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่บ้านเมตตา พ.ศ. ๒๕๔๗ ซึ่งจิตแพทย์เด็กเป็นผู้วินิจฉัย พบร้อยละ 96 ความชุกของการศึกษานี้ต่ำกว่าเล็กน้อย โดยทั่วไปการวินิจฉัยด้วยแบบสัมภาษณ์ในลักษณะ semi-structure interview จะได้ค่าความชุกของโรคจิตเวชสูงกว่าการใช้การวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญ (clinician judgment)²³ ผลของการศึกษานี้จึงแตกต่างกับการศึกษาของ สุวรรณี พุทธิศรี และคณะ ที่ศึกษาเฉพาะบ้านเมตตาที่รับเฉพาะเยาวชนเพศชายในเขตกทม.และปริมณฑล รวมทั้งแต่ละช่วงเวลาสถานแรกร

รับแต่ละแห่งอาจมีนโยบายเน้นการจับกุมเยาวชนกระทำผิดที่แตกต่างกัน

โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ กลุ่มโรค substance use disorder ทั้งนี้เพราะปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดในไทย ซึ่งมีความชุกสูงถึง 83.9 โดยเฉพาะในกลุ่มสารเสพติดผิดกฎหมาย พบทั้งภาวะ abused และ dependence ของ amphetamine ประเด็นที่น่าสนใจคือในรายที่มีปัญหาใช้สารเสพติดเมื่อถูกควบคุมตัวในสถานแรกรับ เยาวชนต้องหยุดการเสพในทันทีอาจเกิดภาวะขาดยา หรือในกรณีที่ยาวชนเสพนาน ปริมาณสูงและมีอาการทรมาน แก้วร้าง หวาดระแวง ถ้าผู้ดูแลในสถานแรกรับขาดความรู้เรื่องอาการหรือการดูแลที่เหมาะสมอาจเกิดอันตรายต่อทั้งเยาวชนและคนรอบข้าง²⁴

โรคที่พบบรองลงไปคือกลุ่มโรค disruptive behavior disorder พบร้อยละ 33.9 โดยมีความชุกของทั้ง conduct disorder (ร้อยละ 30.3) และ attention-deficit hyperactivity disorder (ร้อยละ 7.0) น้อยกว่าการศึกษาของสุวรรณี พุทธิศรีและคณะที่พบร้อยละ 79.5 และ 28.0 ตามลำดับ¹³ เนื่องจากบ้านเมตตาได้รับเฉพาะเพศชายจึงมีโอกาสพบ conduct disorder และ attention-deficit hyperactivity disorder มากกว่า²⁵ และรายงานของพนม เกตุมานและคณะ พบ attention-deficit hyperactivity disorder ร้อยละ 12.5¹² อาจจะเนื่องจากการศึกษานี้ได้เพิ่มเกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์²⁶

ในส่วนของความชุกของภาวะโรคร่วมพบร้อยละ 79.2 โดยโรคที่พบร่วมกันได้สูงสุดคคือ กับการรายงานในต่างประเทศคือ disruptive behavior disorder และ substance use disorder^{10,25} การดูแลเยาวชนกลุ่มที่มีปัญหาสารเสพติดจึงต้องการ

โปรแกรมที่มากกว่าโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix) หรือ โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ที่ไม่ได้ดูแลประเด็น disruptive behavior disorder เช่น conduct disorder หรือ attention-deficit hyperactivity disorder^{27,28}

การนำผลของการศึกษานี้ไปใช้ ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลให้ความชุกของโรคแตกต่างกัน ดังนี้

- 1) ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในขั้นตอนใดของกระบวนการยุติธรรม เช่น กลุ่มตัวอย่างจากสถานีตำรวจเมื่อเพิ่งถูกจับกุม หรือกลุ่มตัวอย่างจากสถานแรกรับระหว่างรอการตัดสิน หรือ กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคุมประพฤติหรือกลุ่มตัวอย่างหลังศาลตัดสินให้ควบคุมตัวอยู่ในศูนย์ฝึกอบรมสถานพินิจ หรือ ศาลสั่งให้ไปอยู่ที่โรงเรียนภายใต้การควบคุมตัวของศาล
- 2) ความแตกต่างของโรคที่สนใจศึกษา กล่าวคือร้อยละของความชุกโรคจิตเวชหรือพฤติกรรมผิดปกติจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรคจะสูงถ้าโรคที่สนใจมีความชุกมาก และจำนวนโรคที่ศึกษามีจำนวนมากอีกทั้งยังมีโอกาสพบภาวะโรคร่วมมากด้วย
- 3) ความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้การวินิจฉัยระหว่างจิตแพทย์ หรือการใช้แบบสัมภาษณ์ structure interview หรือ semi-structure interview
- 4) เวลาห่างระหว่างการรับเข้าสถานแรกรับและการสัมภาษณ์ ระยะเวลาสั้นเกินไปอาจสร้างความเครียดหรือกระตุ้นอาการทางจิตที่มีอยู่แล้ว หรือ การรอลำเลียงให้ควบคุมตัวต่อ หรือได้ประกันตัวออกไป การรอผลการพิพากษาคัดสินของศาลนั้นสร้างความเครียดแก่เยาวชน และ
- 5) นโยบายการจับกุมเยาวชนในแต่ละช่วงเวลามีผลต่อกลุ่มตัวอย่างในสถานแรกรับ เช่น บางช่วงมีนโยบายให้เร่งจับกุมกลุ่มเยาวชนแก๊งๆ มือเตอร์ไซค์บนถนนทำให้ได้เยาวชนจำนวนมากในฐานความผิดเดียวกันเข้ามาในครั้งเดียว หรือนโยบาย

ปราบปรามสารเสพติดที่เน้นสารเสพติดบางประเภท ทำให้เยาวชนจะเลียงไปใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ แทน

ข้อมูลระดับจิตเวชทางจิตเวชในเยาวชนที่ถูกควบคุมในสถานแรกรับจะสร้างความตระหนักถึงขนาดและชนิดของผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่กำลังจะถูกถ่ายโอนจากกระทรวงยุติธรรมเพื่อเข้ารับการรักษาระบบบริการสาธารณสุขต่างๆ ทั้งนี้การที่เขตบริการสาธารณสุขทำแผนรองรับผู้ป่วยเยาวชนกลุ่มต้องคดี จะเป็นการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการจิตเวชสำหรับเยาวชนกลุ่มนี้ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเปราะบางและยังช่วยลดปัญหาการให้ยาจิตเวชโดยไม่จำเป็นในเยาวชนกระทำผิดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม เนื่องจากการวินิจฉัยโรคจะช่วยให้การสั่งใช้ยาเหมาะสมขึ้น⁶ รวมทั้งสถาบันกัลยาณราชนครินทร์สามารถนำข้อมูลระดับจิตเวชไปใช้ยกร่างหลักสูตรการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องของกระทรวงยุติธรรม เช่น ผู้พิพากษา ผู้พิพากษาสมทบ อัยการและเจ้าหน้าที่กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมคุมประพฤติ รวมทั้งการส่งต่อเยาวชนระหว่างระบบตุลาการและสาธารณสุข สามารถนำไปบูรณาการร่วมกันเพื่อพัฒนาต้นแบบการป้องกัน ติดตาม เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดโดยชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาลต่อไป ประเด็นที่ควรศึกษาต่อไปคือ เยาวชนกลุ่มที่ศาลให้ประกันตัวออกไปนั้นมีการป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างไร ถ้ามีความชุกสูงควรทำการคัดกรองวินิจฉัยและส่งต่อเข้ารับการรักษา

สรุป ความชุกด้วยโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 โรคของเยาวชนกระทำผิดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ณ สถานแรกรับ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พบร้อยละ 91.4 ซึ่งสูงกว่าเยาวชนทั่วไป

กลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด 2 ลำดับแรกได้แก่ กลุ่มโรค substance use disorder และ disruptive behavior disorder โดยในกลุ่มโรค substance use disorder พบภาวะ abused ของ amphetamine มากที่สุด ส่วนกลุ่มโรค disruptive behavior disorder พบสูงสุดคือโรค conduct disorder ความชุกของภาวะโรครวมพบร้อยละ 79.2 ข้อมูลความชุกโรคจิตเวชช่วยในการวางแผนระบบบริการเชื่อมต่อบริการระหว่างเขตสุขภาพกับกระทรวงยุติธรรมทั้งในแง่ของการการรักษาและฟื้นฟูอาการทางจิตเวชและป้องกันการก่อคดีซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ทุนกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ขอบคุณ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนและครอบครัวที่สนับสนุนทีมผู้สัมภาษณ์ และสำนักงานสถิติแห่งชาติในการถ่วงน้ำหนักข้อมูล

References

1. Attorney General's Office. Summary of procedure act for juvenile and family: Attorney General's Office; 2010; Available from: http://www.tech.ago.go.th/dlaw/documents/circular_letter/2051/summary.pdf. [18 July 2016].
2. Department of Juvenile Observation and Protection. Reports statistics for the year 2009-2013. Department of Juvenile Observation and Protection; 2014; Available from: <http://www2.djop.moj.go.th/stat/statbetween2008-2011/item/310>. [18 July 2016].
3. Annual report 2014 case statistics. Department of Juvenile Observation and Protection . 2014. Available from: <http://www2.djop.moj.go.th/images/djopimage/stat2556.pdf>.
4. Rabibhadasak Judicial Research Institute. The practical justice system towards children and young people 2009; Available from: <http://www.djop.go.th/vijai/vijai-25-1.pdf> [18 July 2016].
5. Vreugdenhil C, Doreleijers TA, Vermeiren R, Wouters LF, van den Brink W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43:97-104.
6. Desai RA, Goulet JL, Robbins J, Chapman JF, Migdole SJ, Hoge MA. Mental health care in juvenile detention facilities: a review. J Am Acad Psychiatry Law 2006; 34:204-14.
7. Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, van den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. Can J Psychiatry 2010; 55:255-63.
8. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatry 1998; 155:715-25.
9. Ekasawin S, Pothisat J, Chomcheun R. The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 years. J Ment Health Thai 2016;24:178-90.
10. Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: results from a multi-state prevalence study. National center for mental health and juvenile justice 2006. Available from: [www.unicef.org/tdad/usmentalhealth-prevalence06\(3\).pdf](http://www.unicef.org/tdad/usmentalhealth-prevalence06(3).pdf) [19 July 2016]
11. Cocozza J, Skowrya K. Youth with mental health disorders: Issues and emerging responses. . JOJJ 2000; 7:3-13.
12. Ketumarn P, Hataiyusuk S, Pornnopadol C, Apinutavech S. Prevalence and factors associated with attention deficit-hyperactive disorder in male juvenile delinquent of Metta remand home. J Psychiatr Assoc Thai 2016; 61:27-39.
13. Putthisri S, Yingsaree S. Prevalence of psychiatric disorders in juvenile detention. J Psychiatr Assoc Thai 2004; 49:213-22.
14. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV). 4th ed. American Psychiatric Association. Available from: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf>. [18 July 2016].

15. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil EB. n4Studies: Sample size and power calculations for android. The Thailand Research Fund: Prince of Songkla University; 2014.
16. Pothisat J, Ekasawin S, Chomcheun R. Reliability of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents (T-DICA-R): adolescent version. J Ment Health Thai 2016; 24:94-106.
17. Ekasawin S, Pothisat J, Chomcheun R. Validity of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents (T-DICA-R): adolescent version. J Ment Health Thai 2016; 24:29-39.
18. Raven J, Raven JC, Court JH. Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. The Standard Progressive Matrices. San Antonio, TX: Harcourt Assessment; 2000.
19. Sirithongthaworn. S. Behavioral problem and social intelligence of juvenile remand home in juvenile observation and protection of the North. J Psychiatr Assoc Thai 1997; 43:120-9.
20. Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2010; 19:505-26.
21. Washburn JJ, Teplin LA, Voss LS, Simon CD, Abram KM, McClelland GM. Psychiatric disorders among detained youths: a comparison of youths processed in juvenile court and adult criminal court. Psychiatr Serv 2008; 59:965-73.
22. de Andrade RC, Assumpcao F, Teixeira IA, Fonseca VA. Prevalence of psychiatric disorders in juvenile offenders in the city of Rio de Janeiro. Cien Saude Colet 2011; 16:2179-88.
23. Angold A, Erkanli A, Copeland W, Goodman R, Fisher PW, Costello EJ. Psychiatric diagnostic interviews for children and adolescents: a comparative study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 51:506-17.
24. Thirthalli J, Benegal V. Psychosis among substance users. Curr Opin Psychiatry 2006; 19:239-45.
25. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:1133-43.
26. Waddell C, Offord D, Shepherd C, Hua J, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: The state of the science and the art of the possible. Can J Psychiatry 2002; 47:825-32.
27. Ministry of public health. Manual of treatment, rehabilitation and after care for person with addicted. Bangkok: Organization of Thai veterans printing; 2003.
28. Kaewkha P, Pangkiatitod S. Project of drug rehabilitation program development for special case2009: Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2944?locale-attribute=th>[1April 2016].